FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964.

THÈSE

N° 400

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Remi, Marcel, Adrien, Marie HECKEL

né le 28 février 1934 à Reims (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le : 1964

ROLE DU TRICHOMONAS VAGINALIS DANS LES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES.

Président : M. Fr. LEPAGE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964. N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Remi, Marcel, Adrien, Marie HECKEL

né le 28 février 1934 à Reims (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le :

ROLE DU TRICHOMONAS VAGINALIS DANS LES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES.

Président : M. Fr. LEPAGE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
	LŒPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CANIVET (J.)
	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	GRIVAUX (M.)
	HAZARD (J.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAGRUE (G.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NENNA (A.)
	NICK (J.)
	POULET (J.)
	ROYER (P.)
	TCHERDAKOFF (Ph.)
	THIBAULT (Ph.)
	TOURNEUR (R.)
	VILLIAUMEY (J.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.)
	ALISON (J.)
	CANLORBE (P.)
	GORIN (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	LESTRADET (H.)
	MALLET (R.)
	MANDE (R.)
	MINKOWSKY (A.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	REY (J.)
	RIBIERRE (M.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.)
	DURAND (J.)
	GIRARD (Fr.) m. conf.
	HUGELIN (A.)
	LAURENT (D.)
	SCHERRER (J.) pr. s. ch.
	VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.)
	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.) m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PAGÈS (J.-Cl.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-C.) pr. s. ch.
	TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.)
	ISRAEL (L.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
	SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.)
	LEFEBVRE (J.)
	MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.)
	CERNEA (P.)
	CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
	CREPY (Cl.)
	FLEURY (R.)
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	FOUET (P.)
	LABET (R.)
	MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.)
	MOULONGUET (A.)
	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550011_0031

A mes Parents,

A mes Frères et Soeurs,

A toute ma Famille,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur Fr. LEPAGE

Professeur de Physiologie et Pathologie obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

Chef de Service de la Maternité Adolphe PINARD à l'Hôpital Saint-Vincent de Paul.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Messieurs les Professeurs membres de mon jury.

A mon Maître le Professeur G. CHAPPAZ

Chef de Service de Clinique Obstétricale
et Gynécologique au C.H.U. de Reims.

Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine
et Pharmacie de Reims.

Directeur de l'Ecole de Sages-Femmes de Reims.

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous encourager dans sa rédaction.

Ses conseils nous ont précieusement aidé dans l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Docteur P. BERTRAND

Attaché au C.H.U. de Reims.

Qui nous a aidé de ses nombreux conseils.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Reims.

En particulier, Monsieur le Professeur Agrégé L. VILDE, Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Reims.

Professeur de Pathologie Médicale à l'Ecole Nationale de Médecine de Reims.

Hommages respectueux et vive reconnaissance.

A mes Maîtres de l'Ecole Nationale de Médecine de Reims.

I N T R O D U C T I O N

Le Trichomonas Vaginalis est l'agent infestant qui provoque la Trichomonase uro-génitale, l'une des affections les plus répandues sur le globe, et que son mode de transmission fait admettre maintenant comme une maladie vénérienne.

L'histoire de la Trichomonase est maintenant vieille de plus de cent ans et de nombreux noms illustres succédèrent à celui de DONNE et contribuèrent à connaître mieux le parasite et ses effets, et aussi de mettre au point les traitements actuels.

Depuis longtemps déjà le Trichomonas a été reconnu comme cause d'hémorragies génitales chez la femme, et depuis quelques années l'accent est mis sur ces hémorragies qui surviennent chez les gestantes.

L'importance de ce fait est grande quand on connaît les causes nombreuses et parfois graves des hémorragies génitales chez la femme enceinte. Les méthodes actuelles de détection du Trichomonas permettent bien souvent d'éviter de facheuses erreurs de diagnostic et les traitements efficaces dont nous disposons maintenant permettent de guérir définitivement bien des femmes qui se croyaient atteintes d'un cancer ou qui craignaient de voir interrompre leur grossesse.

Notre but est de faire le point des connaissances de cette maladie et de son traitement actuel, et nous mettrons l'accent sur les travaux réalisés à la Maternité Auguste Brindau de Reims.

Nous espérons ainsi contribuer au rappel de ces connaissances aux praticiens qui les méconnaissent encore parfois.

-:-:-:-:-:-

Chapitre Premier

HISTORIQUE DE LA TRICHOMONASE

Voici plus d'un siècle que le Trichomonas Vaginalis fut découvert par DONNE et ce n'est que depuis ces dernières années que nous avons une connaissance précise de la maladie et les moyens de la guérir définitivement. Dans l'intervalle, qui dura cent ans, le Trichomonas Vaginalis fut pratiquement ignoré du monde médical et relégué au rang de saprophyte du vagin. Il a fallu l'ère des antibiotiques et la disparition de la gonococcie pour que soit mis en évidence le rôle pathologique du Trichomonas Vaginalis dans les vaginites, sa localisation uro-génitale et sa transmission vénérienne.

Pourtant dans son rapport du 19 Décembre 1836 à l'Académie des Sciences, Alfred DONNE donnait un rôle pathogène à ces "animalcules observés dans les matières purulentes et le produit des secrétions des organes génitaux de l'homme et de la femme... Il n'en existe pas chez la femme dans le mucus vaginal à l'état normal ; mais dans la vaginite, la matière de l'écoulement présente non seulement des vibrilles, mais un animalcule particulier. Il forme donc un genre nouveau qui pourrait porter le nom de Tricho-monas Vaginalis".

La découverte de DONNE tomba vite dans l'oubli, le Trichomonas étant considéré par l'ensemble du corps médical comme un hôte saprophyte du vagin, et pourtant nombre de "pertes blanches"

continuèrent à évoluer faute d'en connaître la cause, considérées presque comme un phénomène normal.

Cependant quelques chercheurs ne se désintéressèrent pas du parasite de DONNE et c'est ainsi que dès 1855 KOELLIKER et SCANZONI signalent la grande fréquence du Trichomonas dans les pertes vaginales. Ils le trouvent dans 50 $^{o}/_{o}$ des cas, et dès cette époque ils soulèvent la possibilité de sa transmission lors des rapports sexuels, idée qui resta controversée pendant longtemps, mais se trouve admise désormais.

En 1860, DAVAINE décrit le Trichomonas hominis ou intestinalis, hôte parasite de l'intestin de l'homme.

En 1870, HAUSMANN décrit très bien l'aspect crêmeux et blanc-jaunâtre des pertes de la vaginite à Trichomonas. En outre, il signale la fréquence de la Trichomonase chez la femme enceinte.

MULLER en 1873 distingua une troisième variété de Trichomonas, le Trichomonas Tenax qui parasite la bouche de l'homme.

Enfin, en 1884, KUNSTLER le premier trouve le Trichomonas Vaginalis dans les urines de la femme, mais il faudra encore attendre longtemps pour que l'on affirme que la Trichomonase est une maladie uro-génitale.

Un pas important dans la connaissance du parasite fut franchi par LYNCH en 1915, qui le premier réalisa sa culture in vitro sur des milieux utilisés pour cultiver les différentes souches d'amibes.

Pour la première fois en 1916, HOEHNE affirme le rôle pathogène du Trichomonas dans un important ouvrage : "Le Trichomonas Vaginalis", agent pathogène d'une vaginite purulente et fréquente, où il décrit bien la vaginite dans sa forme aiguë et codifie son traitement.

Cette opinion n'est pas admise par tous et beaucoup considèrent encore la Trichomonas comme saprophyte ; certains admettent qu'il peut être pathogène, mais en association avec des germes seulement.

Mais l'idée est lancée et la connaissance de la Trichomonase continue à progresser.

En 1924, KATSUMA constate la présence de Trichomonas Vaginalis dans les urines masculines, mais ce n'est qu'en 1927 que CAPECK attire l'attention sur les uréthrites à Trichomonas chez l'homme.

En 1929, RODECURT fait les premières inoculations dans le vagin de cultures de Trichomonas et précise la durée d'incubation de l'infestation : 7 jours.

KISSLING préconise l'examen à l'état frais pour la recherche du parasite.

VIGNES, en 1932, résume dans un article de la Presse Médicale toutes les connaissances sur la Trichomonase à cette époque.

C'est à partir de ce moment que le rôle pathogène du Trichomonas Vaginalis est admis tant en France qu'à l'étranger.

En 1944, un progrès décisif est fait dans la culture du parasite grâce aux premiers antibiotiques : ADLER ajoute de la Pénicilline au milieu de culture. En 1946, QUISNO et FOTER y ajoutèrent de la Streptomycine. Ainsi la destruction des germes associés permit-elle l'obtention facile de cultures de Trichomonas Vaginalis bactériologiquement pures.

A la même époque et pour les mêmes raisons, les antibiotiques réalisent souvent in vivo des cultures pures du parasite de DONNE et la Trichomonase prend alors une importance accrue depuis le recul de la gonococcie.

Un pas décisif dans la connaissance de la Trichomonase fut franchi en 1957 à Reims, lors du "Premier Symposium Européen sur les vaginites à Trichomonas", qui réunit pour la première fois sur ce sujet des chercheurs qualifiés de toutes les disciplines venus de tous les pays.

Pour la première fois on parle de "Trichomonase uro-génitale". Le terme est lancé par A. PERJU dans sa communication : "La Trichomonase uro-génitale, entité morbide", dans laquelle l'auteur précise : "l'infestation la plus importante se produit dans les organes qui offrent les meilleures conditions au flagellé : le vagin, qui contient du glycogène en quantité appréciable dans les cellules de la couche intermédiaire ; la prostate, dont le liquide contient du fructose. La pullulation du parasite peut être favorisée par l'élaboration extra-cellulaire des polysaccharides. Cela arrive pendant les processus de cytolyse qui sont modérés avant et après les règles, ou excessifs pendant la gestation. Le même cas se présente dans le dénudement de la couche intermédiaire glycogénique. Ce dénudement est la conséquence de la trophicité diminuée de la muqueuse par les carences oestrogéniques".

KEAN et WHITTINGTON traitent de la Trichomonase du tractus urinaire féminin, tandis que HARKNESS et KING, DUREL et VOIRON JIRA font des communications sur la Trichomonase chez l'homme.

Il est donc prouvé que l'on retrouve le Trichomonas Vaginalis chez la femme dans l'urèthre, la vessie, parfois même les bassinets ; chez l'homme dans l'urèthre antérieur et postérieur, et la prostate, ce qui fera dire à SIBOULET que "le Trichomonas Vaginalis n'est pas seulement vaginalis".

Ainsi est alors résolu le problèle des récidives de la Vaginite à Trichomonas lorsque l'infestation n'est traitée que localement, car le parasite subsiste dans les voies urinaires de la femme, d'où rechute facile étant donné le voisinage des organes

génitaux et urinaires chez celle-ci, et aussi celui des réinfestations par des hommes infestés et non traités.

Lors du même Symposium de Reims, il semble que la question de la transmission vénérienne de la Trichomonase ait été suffisament prouvée. Déjà ALLISON, en 1943 écrivait avec quelques réserves, mais avec une conviction déjà bien établie, que la Trichomonase de l'homme pouvait être considée comme une maladie vénérienne. Depuis, BAUER surtout, RAKOFF, FREEDL, PEREZ et BLANCHARD, TRUSSEL, DUREL ont apporté leur contribution à l'étude de cette question : la Trichomonase est-elle une maladie vénérienne ?

Le Symposium de Reims a partiellement répondu à cette question dans la résolution :

"Les membres du Symposium sur les infestations à Trichomonas" considèrent :

1°) Que cette parasitose est dans la majorité des cas transmise par contact sexuel.

2°) Pensant qu'il est utile d'étudier cette infestation en tant que maladie vénérienne.

En 1959, le Premier Symposium Canadien sur les uréthrites non gonococciques et la Trichomonase humaine, tenu à Montréal, a confirmé ces points de vue.

Ces deux grands Symposiums ont permis de faire une mise au point des grandes réalisations dans la connaissance de la Trichomonase et des grands progrès réalisés ces dernières années dans sa thérapeutique.

-:-:-:-:-:-

Chapitre II

INFESTATION CHEZ LA FEMME ENCEINTE

L'infestation par le Trochomonas Vaginalis est particulièrement fréquente chez la femme enceinte, puisque parmi les gestantes G. CHAPPAZ en dénombre 10 $^{0}/_{0}$ qui sont parasitées. Nous nous attacherons à trouver la cause de cette fréquence, et en premier lieu dans la biologie du Trichomonas Vaginalis.

JOSPIN (thèse Lille 1952) a très bien analysé les conditions de culture du parasite : "pour pouvoir être cultivé, le Trichomonas Vaginalis nécessite un milieu nutritif riche, se rapportant le plus possible par leur composition des humeurs de l'organisme, en insistant sur la notion de point thermique à 37° C, de PH entre 5 et 6, d'anaérobiose, et sur la nécessité d'un apport d'hydrates de carbone et de sérum".

Le Trichomonas Vaginalis est très sensible aux variations du PH : la présence de germes qui modifient ce PH empêchent son développement.

En second lieu, il faut chercher la cause dans le milieu où va vivre notre Trichomonas, c'est-à-dire le vagin. Mais pour pouvoir étudier valablement le vagin de la femme gravide, il faut d'abord étudier le vagin normal, celui de la femme non gravide. La colpocytologie donne ici d'utiles renseignements.

Du premier jour du cycle menstruel jusqu'à l'ovulation, le taux des oestrogènes croît et atteint cinq fois le taux de départ, soit 50 à 60 y. A ce moment le nombre des cellules eosinophiles croît et l'index éosinophile atteint 70 °/₀ lors de l'ovulation.

Pendant ce temps, le PH vaginal diminue de 4,8 à 4 ; le vagin normal est acide.

Après l'ovulation, les oestrogènes chutent, puis font un nouveau clocher voisin du premier, puis chutent à nouveau pour atteindre 10 y avant les règles.

En même temps le corps jaune secrète la progestérone dont le taux s'élève au-delà de 5 mg, puis chute avant les règles.

Pendant cette période il y a donc une hypo-folliculinie relative : les cellules basophiles augmentent et l'index éosinophile diminue à 10 °/₀ au 21 ème jour pour remonter à 15 °/₀ au 3 ème jour du cycle suivant.

En même temps l'index caryopycnotique décroît.

Le PH remonte de 4 à 4,8. Il reste à cette valeur juste avant et juste après les règles. Comme le Trichomonas a besoin d'un PH compris entre 5 et 6 pour se développer, il est facile d'imaginer que le plus léger trouble hormonal dans le sens d'une hypo-folliculinie relative va faire remonter le PH et favorise le développement du Trichomonas dans le vagin. Ainsi s'explique que le Trichomonas Vaginalis devra-être recherché surtout juste avant ou juste après les règles, période où on a effectivement le plus de chances de le trouver.

Le vagin est le siège de changement très important au cours de la grossesse. Chez la femme enceinte, en effet, le taux des hormones oestrogènes augmente progressivement pour être multiplié par plus de 300 au neuvième mois. En même temps le corps jaune

gestatif secrète des hormones lutéiniques dont le taux est multiplié par dix au huitième mois. Mais, comme le taux des hormones oestrogènes se mesure en y et celui des hormones progestatives en mg, le taux des hormones progestatives augmente en valeur absolue, plus que le taux des hormones oestrogènes. Il existe donc une hypofolliculinie relative pendant la grossesse.

Un certain équilibre de ces deux hormones s'est établi dès le quatrième mois grâce à l'activité placentaire, et les résultats de la colpocytologie confirment l'existence d'une image de carence en folliculine :

1° - Présence de cellules naviculaires, spécifiques de la grossesse.

2° - Réaction basophile qui fait tomber l'index éosinophilique à 5 °/₀.

3° - Taux très bas des noyaux pycnotiques qui fait tomber l'index caryopycnotique entre 5 et 8 °/₀.

Nous revenons donc ici à des valeurs des index éosinophilique et caryopycnotique voisins des valeurs pré et post-menstruelles, mais avec une acidité vaginale qui tend à augmenter et un PH qui baisse vers 4,5.

Ainsi, malgré l'acidité du vagin de la femme gravide, l'augmentation exagérée de la progestérone explique la possibilité d'agression de la gestante par le Trichomonas Vaginalis.

Le praticien devra donc être soucieux de rechercher particulièrement chez la femme enceinte l'infestation à Trichomonas, et nous ne saurions trop conseiller l'emploi systématique du spéculum lors des examens prénataux. En effet, toutes les femmes infestées ne présentent pas tous les signes de la vaginite à Trichomonas si bien décrits par HOEHNE dès 1915 :

La Leucorrhée est le symptome le plus constant et qui amène la plupart des femmes à consulter. Cette leucorrhée est bien

particulière, profuse, irritante pour les téguments périvulvaires. Elles peuvent être très abondantes et obliger la malade à se garnir. Blanc-grisâtre, souvent jaunâtre, spumeuse, elles présentent des petites bulles, caractère bien spécifique, et elles sont malodorantes. Bref, elles sont presque pathognomoniques.

Le prurit vulvaire est fréquent, mais symptôme d'une moniliase associée.

La dyspéreunie est très fréquente chez ces malades.

La Trichomonase provoque souvent des petites pertes sanguines, auxquelles dès 1935 HESS attachait beaucoup d'importance, en faisant un des symptômes de la Trichomonase, pensant à une métrite provoquée par les protozoaires.

Il existe enfin des signes extra-génitaux de la Trichomonase, qui ont récemment conduit les différents auteurs à faire de cette infestation une affection uro-génitale.

On rencontre des urèthrites à Trichomonas Vaginalis, mais ce sont souvent les cystites qui sont les plus fréquentes.

Enfin, certains auteurs citent des pyélites à Trichomonas Vaginalis.

Les symptômes urinaires de la Trichomonase sont particulièrement rebelles et nous ne saurions trop insister sur les causes de rechute que constituent les repères urinaires du parasite. Il importe donc de traiter avec soin, non seulement la vaginite à Trichomonas, mais aussi la Trichomonase uro-génitale pour blanchir les voies urinaires de façon définitive.

Enfin certains auteurs comme SCHMIDT et KAMNIKER ont constaté une morbidité des suites de couches plus élevées chez les femmes parasitées.

Fréquence de la Trichomonase chez la femme enceinte :

G. CHAPPAZ, à l'occasion des consultations prénatales à la maternité Auguste BRINDAU à Reims, a établi des statistiques sur la fréquence de la Trichomonase chez la femme enceinte, en fonction de l'âge de la gestante, et en fonction de sa parité. Il s'agit d'examens de routine avec détection simple du parasite par examen à l'état frais pendant le dernier trimestre de la grossesse.

TABLEAU I : La Trichomonase de la femme enceinte en fonction de la parité.

	Nombre de cas	Cas Positifs	Pourcentage
Total	933	97	10,39
Primipare	299	28	9,36
Multipare	634	69	10,88

Le pourcentage des femmes enceintes parasitées est de 10,39 °/₀ pour G. CHAPPAZ, IKLE dans sa statistique arrivait à 12 °/₀.

Nous constaterons d'autre part que les multipares sont plus souvent infestées que les primipares.

TABLEAU II : La Trichomonase de la femme enceinte selon l'âge de la gestante.

AGE	Nombre de cas	Cas positifs	Pourcentage
Avant 20 ans	92	11	11,95
20 à 24	324	31	9,57
25 à 29	269	21	8,10
30 à 34	162	19	11,72
35 à 39	80	13	26,25
40 à 44	16	1	6,25
Après 45 ans	0	0	0
TOTAL	933	97	10,39

Ce tableau confirme le précédent, c'est-à-dire que les femmes les plus atteintes le sont entre 30 et 40 ans, c'est-à-dire les multipares.

-:-:-:-:-:-

Chapitre III

LES CAUSES HABITUELLES DES HEMORRAGIES GENITALES PENDANT LA GROSSESSE

Les causes d'hémorragies génitales au cours de la grossesse sont nombreuses et variées ; certaines sont classiquement connues et leur diagnostic est relativement facile, d'autres ont une étiologie qui nous échappe encore.

La gravité de ces hémorragies est fonction non seulement de leur abondance, mais aussi de leur signification.

Aussi après un interrogatoire minutieux de la malade, le premier geste de l'examen gynécologique sera la mise en place d'un spéculum afin de connaître l'origine de cette hémorragie : vaginale, cervicale ou endo-utérine.

C'est ainsi que, suivant l'âge de la grossesse lors de l'apparition de l'hémorragie, on évoquera les diagnostics suivants ;

Pendant les trois premiers mois, il faudra d'abord penser à :

1°) - une grossesse Extra-Utérine, dont la possibilité doit toujours être présente à l'esprit en raison de la gravité du pronostic.

En effet, on n'est pas toujours en présence d'un tableau

d'hémorragie interne. Très souvent l'affection évoluera à bas bruit pendant un certain temps avec une hémorragie pouvant être tout à fait atypique, parfaitement banale. Une observation rigoureuse s'impose dans ces cas douteux.

2°) - une môle hydatiforme, grossesse anormale qui présente de façon quasi constante des hémorragies qui n'ont aucun caractère particulier tant par leur aspect, leur abondance que leur durée qui sont très variables. Le dosage des prolans est ici indispensable.

3°) - l'avortement est une cause importante et fréquente d'hémorragie génitale, qu'il soit spontané ou provoqué. L'avortement provoqué ne pose en général que peu de problèmes. Il n'en est pas de même de l'avortement spontané, non pas tant les avortements habituels ou à répétition, que les avortements accidentels qui sont en général isolés.

L'avortement spontané est annoncé par l'importance des pertes sanguines, par l'apparition de douleurs ou leur augmentation en fréquence, en intensité, en régularité.

Il est en général complet, en un temps au cours des deux premiers mois, en deux temps vers le troisième ou le quatrième mois. Il est relativement peu hémorragique et rarement compliqué d'infection.

Dans les derniers mois de la grossesse, les diagnostics évoqués devant une hémorragie génitale seront :

1°) - Le Placenta Praévia, dont le diagnostic est habituellement facile dans les cas qui saignent.

L'hémorragie survient sans cause apparente, n'est accompagné d'aucune douleur.

Ce n'est pas la première hémorragie et elle pu alors être attribuée à une menace de fausse couche.

Comme dit LACOMME, cette histoire d'hémorragie entendue, votre diagnostic est fait.

2°) - Nous ne ferons que citer le décollement prématuré du placenta normalement inséré, ce syndrome étant aussi bruyant que celui du placenta praévia est silencieux.

3°) - Enfin, diagnostic d'exception, la rupture utérine, où l'hémorragie passe au second plan, dominée par le choc et le tableau d'hémorragie interne.

Mais il est un grand nombre des hémorragies gravidiques qui, pendant la grossesse, ont une étiologie qui nous échappe encore, car elles sont isolées, et, en général, peu abondantes. Par ailleurs leur aspect n'a rien de caractéristique.

Aussi, suivant l'âge de la grossesse, évoquera-t-on avec une conviction plus ou moins grande :

1°) - L'endométrite déciduale, dont le caractère est un peu particulier.

Son hémorragie est faite de sang mélé d'eau et de caillots : c'est une hydrohématorrhée. Elle est susceptible de se prolonger de façon irrégulière, de s'arréter et de reprendre, ceci pendant longtemps.

LACOMME préconise plutôt l'appellation d'endométriose car les altérations de la caduque auxquelles elle correspond, sont plus souvent qu'infectieuses, d'origine trophique ou hormonale.

Les causes les plus importantes de ces métroses sont en effet les insuffisances lutéales et les déséquilibres hormonaux.

Sur ces causes hormonales peuvent se greffer souvent des causes infectieuses secondaires, et les pertes deviennent alors purulentes.

2°) - La menace spontanée de fausse couche est souvent invoquée.

Elle se caractérise par de petites métrorragies, parfois minimes, indolores, tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosées, mélées de sérosité, toujours répétées. Des coliques discrètes peuvent se produire, mais elles sont souvent le prélude de l'avortement lui-même. Ici le col est long et fermé, l'isthme normal.

3°) - Le Placenta Praévia très latéral peut aussi être évoqué, mais en général le diagnostic ne sera pas fait par l'examen clinique, mais seulement après la délivrance, en mesurant les membranes.

Seront encore évoquées des affections non gravidiques qui peuvent cependant se produire pendant la grossesse et être la source d'hémorragies génitales.

1°) - Un col gravidique atteint de cervicite chronique banale, saigne facilement au contact, mais très rarement spontanément.

2°) - Les tumeurs, bénignes ou malignes, génitales ou extra-génitales, subissent toutes au cours de la grossesse une poussée évolutive en rapport avec les modifications hormonales dûes à l'état de gravidité.

a - Le plus souvent ce sont les polypes du col utérin qui sont en cause. Les hémorragies qu'ils provoquent sont peu abondantes et se répètent. Le toucher étant rarement révélateur le spéculum est indispensable pour le diagnostic

b - Plus grave est le cancer du col, bien qu'il soit plus rare. Peu abondantes, les hémorragies surviennent souvent à la suite d'un traumatisme, ou même spontanément en raison de la friabilité du col utérin gravide.

Le diagnostic sera particulièrement délicat dans les formes ulcérées et dans les cancers in situ, et il faudra s'aider de tous les moyens d'exploration paracliniques pour éliminer à coup sûr une cervicite et surveiller la zône suspecte.

Malgré tout, ces diagnostics ne seront pas toujours affirmés avec certitude. Il faudra persévérer dans les explorations en vue de trouver la cause exacte de ces hémorragies génitales qui sont survenues chez les gestantes.

Peut-être alors un examen des secrétions vaginales permettra d'orienter le diagnostic vers la Trichomonase.

-:-:-:-:-:-

Chapitre IV

LES HEMORRAGIES CERVICALES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

ET LE TRICHOMONAS VAGINALIS

Comme nous l'avons déjà vu, le col utérin saigne plus facilement pendant la grossesse qu'en dehors d'elle. Cette facilité de saignement du col utérin est aisément explicable par les modifications qu'il présente lors de la gestation, modifications causées par l'augmentation du taux des oestrogènes et des hormones pro-gestatives.

En dehors de la grossesse, le col intra-vaginal est constitué par du tissu fibreux.

Pendant la grossesse, le volume, l'aspect et la consistance du col varient, tandis que sa longueur reste constante parfois jusqu'au début du travail.

Le col gravide augmente de volume et se ramollit donnant au toucher l'impression d'être "revêtu de velours". Sa teinte devient rose bleuté et elle est caractéristique.

L'histologie du col utérin est elle aussi modifiée.

D'abord les glandes cervicales prolifèrent de façon importante et leur secrétion forme le bouchon muqueux.

Les modifications vasculaires sont très importantes dans le sens d'une augmentation. Dès le début de la grossesse, il y a dilatation et néoformations vasculaires. Ainsi le col utérin deviendrait un véritable tissu érectile (STIEVE).

Enfin le collagène se dissocie, se liquéfie en partie. Le col utérin présente un degré important d'imbibition oedémateuse.

Ainsi peut-on expliquer, d'une part, la fragilité du col utérin gravide, et d'autre part la facilité avec laquelle il saignera à la suite d'une lésion minime, comme un toucher vaginal ou une infection.

Cette lésion pourra être causée par une infestation à Trichomonas Vaginalis.

En effet, dès 1935, HESS avait signalé de petites pertes sanguines chez les femmes infestées par le parasite de DONNE, et il attachait tellement d'importance à ce signe qu'il en faisait un des symptômes de la Trichomonase génitale. HESS pensait qu'il s'agissait d'une métrite, alors que d'autres auteurs comme ALLEN, JENSEN et WOOD pensaient qu'il s'agissait de véritables troubles menstruels causés par une pelvi-cellulite causée par des germes d'association.

Odéodato FILHO, de Bahia, a repris le problème en 1957 au Symposium de Reims.

GAUDEFROY, de Lille avait distingué dès 1952, dans la thèse de son élève JOSPIN, deux formes hémorragiques de la Trichomonase, qu'il considérait comme rares. Il distinguait :

La forme Pseudo-cancéreuse, rencontrée presque toujours après la ménopause, mais quelques fois aussi chez des femmes jeunes. Les malades avaient constaté des saignements après les rapports sexuels, sans que ceux-ci aient été douloureux. Entre ces saignements se produisaient parfois des pertes roussâtres. La colposcopie montrait des zônes de remaniement et de bourgeonnennent

suspects. Par contre la biopsie était négative, et les frottis étaient plus souvent des classes 1 ou II de Papanicolaou, parfois aussi de la classe III. L'examen des pertes avait montré la présence de Trichomonas Vaginalis et le traitement de la Trichomonas avait fait disparaître ces images suspectes.

La forme hémorragique n'est qu'une exagération de la forme précédente. Il y a peu d'observations typiques. Les seules connues étaient celles de SOLAL (d'Oran) et de JOSPIN (Thèse Lille 1952).

Au total, ce symptôme est modeste en dehors de la gravidité.

BLAND et WENRICH ont décrit les premiers, semble-t-il, la forme hémorragique de la vaginite à Trichomonas Vaginalis chez la femme enceinte.

Pourtant ce sont LEPAGE, GUEGUEN et SCHRAMM qui, en 1955 dans le Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, ont mis en évidence le pourcentage relativement élevé de métrorragies d'origine cervicale constatées à la consultation d'obstétrique de la Maternité A. PINARD (66 cas sur 106 observations).

Chez ces femmes, ils en ont trouvé 48 (soit 73 $^{o}/_{o}$ des cas) qui avaient une infestation des voies génitales par le Trichomonas.

Ces femmes avaient présenté des hémorragies génitales en général peu abondantes, de courte durée et qui se reproduisaient quelques semaines plus tard. Elles n'étaient accompagnées d'aucune douleur, et leur apparition était parfois secondaire à un rapport sexuel ou à un examen obstétrical, mais le plus souvent elles survenaient spontanément. Quelques rares cas ont saigné pendant huit ou quinze jours.

Fait important, dans la majorité des cas, ces femmes présentaient depuis plusieurs mois une leucorrhée abondante, ayant

tous les caractères de la vaginite à Trichomonas. Certaines présentaient des pertes visqueuses donc d'origine cervicale, mais avec des bulles gazeuses.

Le Trichomonas fut retrouvé par l'examen direct, non seulement dans les pertes vaginales, mais aussi dans les secrétions cervicales.

L'examen au spéculum a permis de mettre en évidence une ulcération cervicale saignant au contact, qui était la cause des hémorragies présentées par la malade. Dans quinze cas, cette ulcération avait un aspect bourgeonnant.

Ces auteurs mettent l'accent sur la coïncidence entre les ulcérations cervicales et les hémorragies et ils font un rapport de cause entre ces deux faits.

Par ailleurs, ils signalent pour la première fois des Trichomonas dans les secrétions cervicales.

Ces auteurs nous donnent une étude histologique très détaillée des lésions constatées, qui sont caractéristiques de la présence du parasite :

"Au niveau de l'exocol :

l'épithélium pavimenteux stratifié présente des zones d'amincissement, avec un dédoublement et une certaine activité proliférative de l'assise basale, la teneur en glycogène de la couche moyenne et superficielle est faible. Parfois, les noyaux sont assez irréguliers et l'on trouve des cellules binucléées : la basale est décollée du stroma sous-jacent par des nappes hémorragiques, assez bien délimitées. Le stroma est extrêmement oedémateux, les capillaires sont très dilatés et fort nombreux. Les artérioles présentent une dissociation des fibres musculaires qui les entourent.

On constate une dégénérescence fibrinoïde au voisinage des vaisseaux. Ce qui nous semble spécifique, c'est surtout la présence de petites cavités kystiques, localisées dans l'épaisseur de l'épithélium exocervical. Ces vésicules sont situées le plus souvent dans la couche intermédiaire recouverte d'un toit plus ou moins fin de cellules aplaties. Ces vésicules ne présentent dans leur lumière que des débrits leucocytaires, rarement des hématies ou bien des débris assez éosinophiles, souvent même ces vésicules sont absolument vides.

Nous pensons que ces formations traduisent un phénomène enzymatique assez spécial, dû à la présence de Trichomonas. Il existe également des vésicules plus profondes, sous l'assise basilaire, indiquant que les nids de Trichomonas peuvent exister dans le tissu conjonctif".

Les auteurs retrouvent ces vésicules intra-épithéliales au niveau de l'épithélium cylindrique endo-cervical.

En 1961, dans la revue Maternité, GUEGUEN a repris le problème, insistant sur la nécessité de l'examen au spéculum devant toute hémorragie génitale. A l'appuie de ses dires, l'auteur cite la très belle observation que voici :

" .... Voici maintenant Madame G ...

Son histoire est beaucoup moins dramatique que celle de Madame D ... et, cependant, nous la trouvons chez elle, allongée dans son lit, cachée sous ses couvertures, immobile, couverte de pleurs. Elle est enceinte de cinq mois ; elle a 23 ans ; elle désire un enfant ; c'est sa première grossesse. Elle présente depuis la fin du deuxième mois, de petites hémorragies peu abondantes de sang rouge. Elle a été aussitôt mise au lit, à la progestérone, aux antispasmodiques. Et pourtant elle ne souffre d'aucune douleur abdominale, aucun dosage hormonal n'a été pratiqué et on ne peut savoir si elle présente une insuffisance progesténique.

Notre spéculum aussitôt introduit nous montre d'abondantes pertes mousseuses, jaunâtres, qui provoquent un prurit vulvaire, mais aussi une érosion du col utérin d'aspect banal mais qui saigne légèrement. En revanche, ce col a gardé sa longueur normale et reste parfaitement fermé. Le volume utérin est normal, nous ne percevons aucune masse annexielle.

Un prélévement met en évidence de nombreux Trichomonas, un frottis de dépistage ne montre aucune cellule maligne, le test de Schiller aucune zone iodo-négative.

Nous demandons à Madame G ... de se lever, de cesser ses pleurs, la progestérone et les antispasmodiques et de traiter sa vaginite.

Peu après les métrorragies ont cessé, l'optimisme est revenu, la grossesse a continué à évoluer malgré une activité physique normale et l'accouchement a donné naissance à une garçon de 3.200 g. normalement constitué".

Depuis les travaux de LEPAGE, de GUEGUEN et de SCHRAMM, l'intérêt est prouvé de la Trichomonase comme cause importante d'hémorragies génitales chez la femme enceinte.

G. CHAPPAZ a étudié depuis longtemps le problème, et il a remarqué qu'un grand nombre de gestantes présentait des hémorragies génitales dont l'étiologie précise nous échappait. Aussi des recherches systématiques ont été pratiquées dans les consultations prénatales.

Les premières recherches portèrent sur la fréquence de l'infestation à Trichomonas chez les femmes enceintes. Nous rappellerons les chiffres que nous avons portés déjà dans un tableau :

Sur 299 primipares examinées, 28 sont infestées, soit 9,36 °/₀.

Sur 634 multipares, 69 sont infestées, soit 10,88 °/₀ des cas.

Donc, sur un total de 933 femmes enceintes, il y en a 97, soit 10,39 °/₀ qui sont infestées.

Ensuite fut étudié un groupe de 100 femmes enceintes chez qui le parasite avait été décelé et qui ne furent pas traitées jusqu'à la fin de leur grossesse. Le but était d'étudier leur comportement quant aux hémorragies gravidiques :

Sur ces 100 femmes, 18 ont saigné sans que l'on ait trouvé aucune étiologie précise à cette hémorragie.

Il s'agissait dans tous les cas de femmes qui présentèrent des hémorragies peu importantes, sans gravité réelle, à une époque quelconque de leur gestation. Ces hémorragies furent parfois récidivantes, mais jamais les malades ne présentèrent une anémie marquée.

Une précaution particulière a été prise pour éliminer avec certitude un placenta praevia qui aurait saigné passagèrement avant le travail : la délivrance fut examinée soigneusement dans tous les cas, en particulier la longueur des membranes.

Ainsi 18 °/₀ des femmes enceintes parasitées par le Trichomonas Vaginalis saignent sans qu'aucune cause autre que l'infestation à Trichomonas ait pu être attribuée à cette hémorragie.

Or si 10 °/₀ des femmes enceintes sont infestées, cela fait 2 °/₀ de toutes les femmes enceintes qui saignent du seul fait la Trichomonase.

2 °/₀, cela peut sembler peu, mais suffisant, pensons-nous, pour justifier, devant toute hémorragie génitale chez une femme, et à priori chez une femme enceinte, un geste qui coûte peu : la mise en place d'un spéculum avant tout autre geste. Ce geste est malheureusement trop souvent négligé et nous sommes d'accord avec LEPAGE et GUEGUEN pour mettre l'accent sur son intérêt indéniable.

Ainsi pourront-être évitées des erreurs de diagnostic et leurs conséquences parfois désastreuses dans le cas présent :

- Mise en route de thérapeutiques intempestives

- Immobilisation injustifiée de la gestante

- Mais surtout, ces erreurs de diagnostic ont apporté inutilement au praticien et surtout à sa malade des craintes d'interruption de grossesse ou d'accidents angoissants du placenta praevia, sans compter chez de nombreuses femmes la crainte du cancer du col de l'utérus.

-:-:-:-:-:-

Chapitre V

TRAITEMENT DE LA TRICHOMONASE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Le traitement de la Trichomonase de la femme enceinte doit tenir compte de certains impératifs liés à la nature de la maladie elle-même et à l'état de gravidité de la malade.

Cette maladie étant à l'heure actuelle la maladie vénérienne la plus répandue sur le globe, il importe que la thérapie soit peu couteuse et d'un emploi simple.

C'est une affection uro-génitale, aussi le traitement de la seule vaginite ne suffit-il pas.

La Trichomonase uro-génitale est une maladie vénérienne, il importe donc de traiter de façon systématique le ou les partenaires.

Dans le cas particulier de la grossesse, il importe d'être extrêmement prudent dans l'emploi d'un traitement par voie générale en raison d'un effet tératogène toujours possible du produit.

Le traitement local de la Trichomonase revêt une importance extrême. Il est encore exclusivement utilisé par certains auteurs.

Le traitement local doit viser à :

- détruire le parasite
- rétablir les conditions biologiques normales du vagin : PH
- flore vaginale.

Depuis longtemps G. CHAPPAZ insistait sur ce dernier point et conseillait de compenser l'hypofolliculinie relative par l'administration locale d'oestrogènes pour rétablir le PH normal et il repeuplait le vagin avec des bacilles de Döderlein vivants.

JONES (de Durham) utilise des douches d'un type spécial en association d'une gelée spéciale à base d'acide lactique.

DOEHRING (De Munich) fait un traitement local complet :

- en premier lieu, badigeonnage astringent de la paroi vaginale avec une solution de chlorure de zinc à 5 °/₀.
- puis traitement antimicrobien par des suppositoires de Tricofuron à raison de un suppositoire par jour pendant huit jours dans le vagin.
- l'auteur complète son traitement en restituant la flore microbienne normale du vagin par l'administration locale d'oestrogènes, de lactose et par l'instillation de bacilles de Döderlein vivants.

Madame MORICARD et SAULNIER utilisent des suppositoires d'Hexoestrol à 5 mg. pendant 10 à 15 jours par cycle après injection vaginale acidifiante.

Les localisations extra-génitales de la Trichomonase sont aussi traitées localement. Pour les uréthrites les cystites et les pyélites ; on utilise des instillations locales d'albargin, d'orgyrol, de Nitrate d'argent ou de protéines d'argent. Ce traitement

conserve encore sa valeur pour éviter les suites désagréables des uréthrites.

Le traitement général actuel de la Trichomonase utilise les trichomonacides récemment mis au point.

Ils permettent d'atteindre le protozoaire jusque dans ses repaires urinaires et représentent donc le traitement complet et efficace de la Trichomonase uro-génitale.

La question se pose de savoir si le produit atteint une concentration suffisante au niveau du vagin pour tuer le parasite. Sur ce sujet les controverses furent nombreuses.

FEO (de Philadelphie), en 1959 à Montréal, donne un argument satisfaisant en faveur du traitement par voie générale :

" Dans les cas d'infection aiguë à Trichomonas Vaginalis, la réaction inflammatoire qui en résulte peut libérer une quantité suffisante de sérum chargé de médicament pour que ceci ait une valeur thérapeutique ".

Les produits que nous utilisons couramment à la Maternité Auguste Brindau à Reims sont le Métronidazole (Flagyl) et la Trychomycine.

Le Métronidazole ou Hydroxy - 2 éthyl / 1 méthyl-2 nitro-5 imidazole est un dérivé nitré qui a été longuement expérimenté chez l'animal gravide avant d'être commercialisé et il n'a semblé apporter aucune action tératogène.

Beaucoup de praticiens l'on utilisé et n'ont pas constaté une augmentation du taux des malformations.

On l'utilise à raison de 2 comprimés à 250 mg. par jour pendant 10 jours au moins, BERTRAND l'utilise pendant 20 jours.

Il est utilisé en association avec un comprimé gynécologique à 500 mg. du même produit mis en place tous les jours dans le vagin.

Les résultats obtenus sont excellents tant au point de vue de la vaginite que des localisations urinaires de la maladie.

Il y a intérêt à lui adjoindre de la mycostatine pour agir sur le candida albicans fréquemment associé au Trichomonas pour éviter le développement du champignon.

Cependant une grande prudence s'impose chez la femme enceinte, surtout depuis les récents accidents causés par des produits pourtant expérimentés chez l'animal. Il est incontestable en effet que le Métronidazole traverse le placenta : SCOTT - GRAY ont trouvé à la naissance chez les femmes en traitement des concentrations de 9,5 °/₀ et chez leur nouveau-né 6,8 °/₀, ce qui est considérable. Aussi BERTRAND insiste-t-il sur cette prudence et n'utilise-t-il pas ce produit par voie générale chez la femme enceinte.

La Trichomycine par contre n'est pas toxique par voie générale pour le foetus. Son intérêt est grand, car elle agit non seulement sur le Trichomonas mais aussi sur le Candida albicans.

Par voie générale, on utilise des comprimés à 100 mg. à raison de un comprimé matin et soir pendant 20 jours. Mais elle est peu active par voie orale.

Aussi est-il indispensable de mettre quotidiennement dans le vagin un comprimé effervescent à 500 mg de Trichomycine : c'est en vérité la partie véritablement active et efficace du traitement.

Nous insisterons encore sur le caractère vénérien de la Trichomonase uro-génitale, et par conséquent sur la nécessité absolue, pour éviter la réinfestation, de traiter le conjoint et les partenaires éventuels.

-:-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N

Nous espérons avoir contribué à rappeler des notions essentielles sur le rôle important que joue le Trichomonas Vaginalis dans les hémorragies génitales.

Il est maintenant admis :

1) - Que la Trichomonase est une infestation uro-génitale et qu'il importe donc de traiter la maladie non seulement dans le vagin, mais aussi dans ses repères extra-génitaux, c'est-à-dire urinaires, causes de toutes les rechutes.

2) - Que la Trichomonase est une maladie vénérienne, de par son mode de transmission exclusivement vénérien, et qu'il importe donc de traiter non seulement la malade, mais aussi son conjoint, ou ses partenaires pour éviter des réinfestations. G. CHAPPAZ pense d'ailleurs que l'on pourrait faire du succès du traitement de la Trichomonase un test de fidélité conjugale.

3) - La Trichomonase est une cause non négligeable d'hémorragies génitales, en particulier chez la femme enceinte en raison de la fragilité et de l'hypervascularisation du col utérin gravide.

Il importe donc, devant toute hémorragie génitale chez une femme enceinte, qu'avant tout toucher vaginal, à fortiori si la femme présente des leucorrhées, de faire un examen au spéculum et de faire un prélèvement des sécrétions vaginales.

Ainsi seront évités bien des erreurs de diagnostic et autant de traitements intempestifs et parfois pénibles, et pour la femme bien des craintes et des désagréments.

-:-:-:-:-:-

Vu le Président de Thèse
Professeur Fr. LEPAGE

Vu le Doyen de la Faculté
Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

OUVRAGES CONSULTES

P. BERTRAND (REIMS) -

Traitement de la Trichomonase uro-génitale par l'hydroxy-2 éthyl-1 méthyl-2-nitro-5 imidazol. Bull. - Gyn. Obst. 1961 - Tome 13 N° 4 bis - p. 592-593.

P. BERTRAND -

Notre conception actuelle sur le traitement de la Trichomonase uro-génitale - Communication au Congrès de Lublin. Nov. 1963.

G. CHAPPAZ - P. BERTRAND - Cl. FREAL et J. MALASSAGNE -

Evolution du "Problème" de la Trichomonase depuis 5 ans. Travail au C.H.U. de Reims - 1964.

Encyclopédie Médico-Chirurgical - Tomes Gynécologie et Obstétrique.

J. GUEGUEN - Maternité 1961.

Les infestations à Trichomonas - Premier Symposium européen - Reims 1957 (Masson - Paris - 1957).

JOSPIN -

Contribution à l'étude des formes cliniques atypiques de la vaginite à Trichomonas - Thèse Lille 1952.

LACONME -

Pratique obstétricale - Masson - Paris 1960.

F. LEPAGE - J. GUEGUEN et B. SCHRAMM (Paris) -

Aspects histologiques des lésions génitales par infection à Trichomonas pendant la gestation - Bull. Gyn. et Obst. 1955 - tome 7 p. 589 à 591.

Premier Symposium canadien sur les uréthrites non gonococciques et la Trichomonase humaine.
Montréal 1959 (S. Krager - Basel - New-Yord - 1960).

V. ROIRON et A. SIBOULET -

La Trichomonase - Synthèses cliniques N° 21 - Paris 1962.

-:-:-:-:-:-

B I B L I O G R A P H I E

ADLER S. et PULVERTAFT R. J -

The use of penicillin for obtaining bactéria-free cultures of T.V. Donné - Ann. Trop. 1944 - 38, 188.

ALLEN E. et BUTLER S. -

Studies of the origin and treatment of recurrent Trichomonas Vaginitis. Ann. J. Obst. and Gyn. 1946, 51, 387.

BAUER H. -

Neuere Aspekte der uro-genitale Trichomoniasis beider Geschlechter, ihrer Komplikationen und ihrer Behandlung (Beiträge zur Fertilität und Sterilität). - Zsch für Geburtshilfe 1960, 157, 38.

BAUER H. -

Zur Behandlung der urogenitalen Trichomoniasis bei Männer und Frauen mit "Bayer 5360" (Flagyl) - Zbl für Gynäk 1960, 42, 1615.

BAUER H. -

125 Jahre Trichomonas Vaginalis Donné - Med. Welt, 1962, 52, 2755.

BEDOYA J.M. -

Sur la contamination et les causes de récidives dans la Trichomonase humaine Symposium de Monaco, 1954, 146.

BEDOYA J.M. et FERNANDEZ ORTEGA J.M. -

Le 8823 R.P. dans le traitement oral de la Trichomonase Mispalis Médica, 1960, 197, 527.

BERNARD I. -

Les dyspareunies dans les vaginites à T.V.
J. Med. Bordeaux 1958, I, 259.

BERTRAND P. -

Traitement de la Trichomonase uro-génitale par le métronidazole. Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. langue fr. 1961, 13, 592.

BOLLIGER W. -

Metronidazole in female Trichomoniasis. -
Med. J. of Australia 1961, I, 188.

BORN R. et CORDEY R. -

Essai d'un dérivé de l'imidazole dans le traitement de la Trichomonase vaginale - Thérap. Umschau 1961, 7, 284.

BRUMPT E. -

Précis de Parasitologie - Masson Edit. 1949.

CHAPPAZ G. -

Hormones sexuelles et biologie du vagin. Vigot Edit. 1946.

CHAPPAZ G. -

Note sur la Trichomonase génitale humaine.
Sa fréquence chez l'homme et la femme et le mode de contamination placeraient actuellement cette affection au premier rand des maladies vénériennes.
Bull. Acad. Nat. Médecine 1955, 119, 45.

CHAPPAZ G. -

Etiologie de la Trichomonase féminine.
Gynaecologia 1960, 149, 1.

CHAPPAZ G. et CHATELLIER X. -

Vaginites à Trichomonas. - Doin Edit. 1951.

CHAPPAZ G. - BAZELAIRE S. - BERTRAND P. et FREAL Cl. -

Le traitement sans récidives de la Trichomonase humaine - IIIe Congrès Mondial de Gynécologie et Obstétrique - Vienne 1961, 1, 104.

COSAR C. et JULOU L. -

Activité du 8823 R.P. vis à vis des infections expérimentales à T.V. Ann. Inst. Pasteur 1959, 96, 238.

BERTRAND I. -

Les dyspermies dans les vaginites à T.V.
d. Med. Bordeaux 1938, 1. 25e.

BERTRAND P. -

Traitement de la Trichomonose uro-génitale par la méthylbenzole. Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. Langue fr. 1961, 13, 392.

BOILLEAU M. -

Metronidazole in Female Trichomoniasis. -
Med. J. of Australia 1961, 1, 834.

BORN F. et COUTOT L. -

Essai d'un dérivé de l'imidazole dans le traitement de la Trichomonose vaginale - Thérap. Umschau 1961, 7, 281.

BRUMPT . -

Précis de Parasitologie - Masson édit. 1949.

C . . . S . -

Hormones sexuelles et biologie du vagin. Vigot édit. 1949.

CARLES X. -

Note sur la Trichomonose génitale humaine.
Sa fréquence chez l'homme et la femme et le mode de contamination placentaire retardent cette affection au premier rang des maladies vénériennes.
Bull. Acad. Nat. Médecine 1955, 119, 15.

CHAPPAZ G. -

Etiologie de la Trichomonose féminine.
Gynaecologia 1960, 149, 1.

CHAPPAZ G. et CHATELLIER X. -

Vaginites à Trichomonas. - Join Matr. 1961.

CHAPPAZ G. - HAZELAIRE S. - HERTRAND J. et TRAL C. -

Le traitement sans référence de la Trichomonose humaine - IIIe Congrès Mondial de Gynécologie et Obstétrique - Vienne 1960, 1, 1..

COSTA C. et JOLOU L. -

Activité du 8883 R.P. vis à vis des infections expérimentales à T.V. Ann. Inst. Pasteur 1959, 96, 132.

DAVAINE in BRUMPT E. -

Précis de Parasitologie. Masson Edit. 1949.

DE ROM R. - THIERY M. - VAN SWIJNDREGT L.M. et DASKALIDES J. -

Le Métronidazole - Bruxelles Med. 1961, 41, 349.

DONNE A. -

Animalcules observés dans les matières purulentes et le produit de la sécrétion des organes génitaux de l'homme et la femme. C.R. de l'Acad. des Sciences 1836, 3, 38.

DUREL P. -

Les infections génitales féminines par contamination. Revue du Praticien 1959, 9, 2343.

DUREL P. - ROIRON V. -

La Trichomonase est-elle une maladie vénérienne ? Gynécologie Pratique 1957, 8, 381.

DUREL P. - ROIRON V. - SIBOULET A. et BOREL L.J. -

Essai d'un antitrichomonas dérivé de l'imidazole. C.R. Soc. Fr. de Gynéco. 1959, 29, 36.

DUREL P. - ROIRON V. - SIBOULET A. et BOREL L. J. -

Le traitement par voie générale de la Trichomonase à l'aide d'un dérivé di nitre-imidazole (8823 R.P.) - Assemblée Générale de l'Union Intern. contre le péril Vénérien, Londres - Octobre 1959 - In Brit. J. Vener. Dis. 1960, 36, 21.

DUREL P. - COUTURE J. - ACOLLART P. et GIROT C. -

Flagyl (métronidazole) - Brit. J. Vener. Dis. 1960, 36, 154.

ERBSLOH J. -

Die Trichomoniasis und ihre Behandlung - Med. Welt. 1961, 37, 1879.

FEBLES ALFONZO D. -

Tratemento de la Trichomoniasis génital de la Mujer con in derivado del nitro-amidazol 8823 R.P. - Actas ginecotologica (Montevideo) 1960, 14, 1.

FITZGERALD J.P.B. -

The oral treatment of T.V. infestation New-Zealand Med. J. 1961, 60, 36.

FORTIN P.A. et GAUVREAU L. -

Traitement efficace de la vaginite à T.V. par le Métronidazole - Laval Med. 1961, 31, 156.

GAUDEFROY M. -

Importance de certaines formes cliniques atypiques d'infestations à T.V. - Symposium de Reims 1957, 34.

GOLDFARB A. -

Combined systemice and topical therapy with metronidazole for vaginal trichomoniasis ; New-England J. of Med. 1961, 265, 676.

GOODAY et WELLING IN BRUMPT. -

Précis de Parasitologie Masson Edit. 1949.

GRAY L.A. - KOTCHER E. et GIESEL L.O. -

Evaluation of a Systemis Drug a nitro-imidazol (Flagyl) in the treatment of trichomoniasis.
J. of Kentucky State Med. Ass. 1961, 59, 672.

GROLLET L. et MONTAUGE J. -

Etiologie et traitement de la vaginite à Trichomonas. Revue de Pathologie Gen. et de Physiol. clinique 1956, 1521.

HEES E. -

Epidemic Trichomonad Infections and experimental Studies.
J. of the Egyptian Med. Ass. 1938, 21, 813.

HESS E. -

Das Trichomonas problem. Klin. Woch. 1933, 1697.

HOEHNE O. -

Le Trichomonas Vaginalis comme agent pathogène d'une vaginite purulente. Zbl. für Gynak, 1916, 40, 4 et 113.

HUNTER CH. A. et LANG K. -

"A study of Döderlein's vaginal Bacillus". -
Conférence of Science N. Y. Académie 1959.

JAMES M. -

Expérimentation sur l'administration par la voie orale de Métronidazole comme traitement des Trichomonas génito-urinaires chez la femme. C.R. Soc. fr. Gynecol. 1960 7, 483.

JAMES M. -

Réflexions sur les diverses localisations de la Trichomonase et leur traitement par administration orale de métronidazole -
Bull. Gynec. et Obst. 1961, 13, 379.

JIROVEC et PETER R. -

Prophylaxie 1954, 1 et 1955, 1. -

KEUTEL H. J. -

Les complications génitales et urinaires de la Trichomonase chez l'homme - Gynécologie pratique 1957, 8, 423.

KEUTELH J. et ROTHE A. -

Perorale Behandlung der Trichomonase beider Geschlechter mit Clont. - Med. Welt 1960, 41, 2171.

KISSLING -

Le T.V., son rôle en gynécologie. - Gyn. et Obst. 1934, 29, 116.

KOELLIKER et SCANZONI -

Sécrétion de la muqueuse du vagin et du col -
Beitr. zur Geburt und Gynäk 1855, 2, 131.

KOSTIC P. -

L'infestation uro-génitale masculine et féminine -
Symposium de Reims 1957, 365.

LAMBILLON J. -

Un dérivé de l'imidazole, le flagyl, curatif de la Trichomonase génitale. Revue Belge Gyn. et Obst. 1961, 31, 125.

LAPOINTE R. - FORTIER L. et GALLAI Z. -

Deux ans d'expérience dans le traitement de la vaginite à T.V. par le Métronidazole, au Canada -
Congrès de la Fédération intern. de Gynéco. et Obst. Vienne 1961, Romayor Edit. 1 art. 103.

LEUCKART IN BRUMPT E. -

Précis de Parasitologie, Masson Edit. 1949, 353.

LOESER A. -

Le T.V. et la teneur en glycogène du vagin dans leurs rapports avec la vaginite - Zbl für Gyn. 1922, 46, 226.

LUNDSTROM P. et PETERSOHN L. -

Traitement de la Trichomonase de la femme par le Métronidazole - Gynec. Pratique 1961, 12, 171.

LYNCH K. M. -

Trichomoniasis of the vagina and mouth.
Am. J. Trop. Prev. Med. 1915, 2, 627.

MARTIN G. -

Trichomoniasis uro-genitalis victa est. -
Therapie der Gegenwart 1961, 5, 257.

PETER R. -

La Trichomonase chez les enfants et les vierges.
Gynécologie pratique 1957, 8, 431.

PEREZ M.L. - BLANCHARD O. -

Trichomoniasis vaginal - Buenos-Aires 1944.

PETERSON P. -

T.V. comparative study of treatment and incidences-
Am. J. of Obst. and Gyn. 1938, 35, 1004.

POPCHRISTOV P. et BEROV V. -

Behandlung der trichomoniasis urethrae et vaginad
mit flagyl - Csl. Derm. Prag. 1960, 35, 372.

POPCHRISTOV P. et BEROV V. -

Treatment of trichomonal vaginitis and Urethritis and
their complications with metronidazole -
Brit. J. Vener. Dis. 1961, 37, 176.

PREISLER O. -

Zur Therapie der urogenital Trichomonase.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1961, 8, 791.

PUNDEL P. -

Les erreurs de diagnostic cytologique hormonal et
cancéreux en présence de Trichomonase.
Gynécologie pratique 1957, 8, 491.

RAST J. -

Le traitement des vaginites à Trichomonas par le Flagyl
Med. et Hyg. 1961, 439.

ROBINSON S.C. -

Trichomonal vaginitis resistante to metronidazole- Can. Med. Ass. J. 1962, 86, 665.

ROCKL H. - BORRELLI S. - HARDIECK L. -

Behandlung sergernisse mit den Imidazolderivat. Deut. Med. Woch 1961, 23, 1130.

RODECURT -

Neue Belege f. die Pathogen Bedeutung der T.V. Zbl f. Gyn. 1936, 60, 567.

RODIN P. - KING A.J. - NICOL C.S. - BARON J. -

Glagyl in the treatment of Trichomoniasis - Brit. J. Vener Dis 1960, 36, 147.

ROIRON V. -

Etude comparative des principaux milieux de culture du T.V. - Symposium de Reims 1957, 245.

DE ROM R. - THIERY M. - MONTAUBAN VAN SWIJNDREGT L. - DASKALIDES J. -

Le Métronidazole - Bruxelles Med. 1961, 41, 349.

SIBOULET A. -

Traitement de la Trichomonase uro-génitale par un dérivé imidazolé - Acta Urol. Belgica 1961, 29, 288.

SIBOULET A. -

Un nouveau traitement de la Trichomonase masculine Bull. Soc. de Paris 1960, 10, 7.

SIMIC IN BRUMPT -

Précis de Parasitologie - Masson 1949, 356.

SLAVTCHEV N. -

Le traitement de la Trichomonase vaginale par le 8823 R.P. - Rev. F. Gyn. Obst. 1962, 57, 105.

SPRINCE J.H. - KUPFERBERG A.B. -

The nutrition of Protozoa J. Bacteriology 1947, 53, 435 et 441.

STEINBERG IN BRUMPT -

Précis de Parasitologie - Masson Edit. 1949, 352.

THOMAS W. L. - PARKER R.T. -

Trichomonacid hailed at A.M.A. Drug. Trade News 1961, 36, 14.

VIGNE H. -

Les vaginites à Trichomonas vaginales - Presse Médicale 1932, 1, 417.

WATT L. - JENNISON R.F. -

Clinical evaluation of Metronidazolz Brit. Med. J. 1960, N° 5203, 902.

WILLCOX RR - ROSEDALE -

Effects of Metronidazole (Flagyl) upon nongonococcal Urethritis in the Male. Brit. J.V. ener. Dis. 1962, 38, 19.

-:-:-:-:-:-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

CHAPITRE I - HISTORIQUE DE LA TRICHOMONASE

1 - Grandes réalisations

A - Maladie uro-génitale

B - Maladie vénérienne

C - Elimination des causes extra-génitales

II - Grands progrès thérapeutiques

CHAPITRE II - L'INFESTATION CHEZ LA FEMME ENCEINTE

CHAPITRE III - CAUSES HABITUELLES DES HEMORRAGIES GRAVIDIQUES.

CHAPITRE IV - LES HEMORRAGIES CERVICALES -
FACILITE DE SAIGNEMENT CHEZ LES FEMMES ENCEINTES -
ROLE DU TRICHOMONAS VAGINALIS

A - Travaux antérieurs

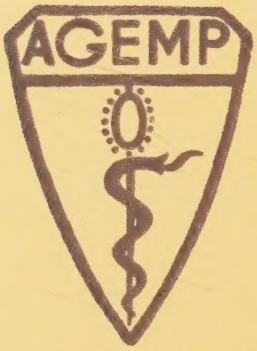
B - Travaux à la Maternité Auguste Brindau.

C - Conséquences.

CHAPITRE V - THERAPEUTIQUE.

CONCLUSIONS -

BIBLIOGRAPHIE.



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]